L'INERTIE THÉRAPEUTIQUE EN CONTRACEPTION

A. Pintiaux (1), C. Boüüaert (2), N. Habay (3), A. Beliard (1), J.M. Foidart (4), M. Nisolle (1)

RÉSUMÉ : L'efficacité contraceptive dépend de la méthode utilisée et de l'adhérence de la patiente à celle-ci. Le praticien, par les informations qu'il dispense, par l'adéquation de sa prescription et par l'adaptation de la contraception au cours du temps, joue un rôle essentiel dans le contrôle des naissances et dans la tolérance médicale de la contraception. Sa passivité dans ce domaine conduit inexorablement aux grossesses non souhaitées ou aux effets indésirables d'une contraception mal adaptée.

Mots-clés : ***Contraception - Progestatif - Contraception d'urgence - Stérilet - Observance***

Therapeutic inertia in contraception

SUMMARY : The efficiency of contraception is linked to the method and the patient's compliance. The advice given by the physician about contraception use is essential to avoid unintended pregnancy. The accuracy of contraceptive choice and the individualized adaptation over time contribute to safe contraception.

Keywords : ***Contraception - Progestins - Emergency pill - IUD - Compliance***

Introduction

L'efficacité de la contraception est liée à la méthode et à l'observance thérapeutique. Celle-ci peut être influencée par les informations dispensées par le praticien et par sa connaissance de la patiente.

L'inertie thérapeutique représente une incapacité à gérer une situation médicale. Elle résulte de l'immobilisme, de la passivité.

L'inertie dans le domaine de la contraception peut se traduire par une absence de prescription de la contraception, par un manque d'adaptation de la contraception, par une insuffisance d'informations données à la patiente, par un manque d'écoute de ses questions ou objections..

L'absence de prescription de contraception peut découler du manque de discernement de la demande. Elle peut également refléter la peur des effets secondaires ou la mauvaise évaluation du risque encouru. La demande contraceptive peut être masquée. Par exemple, l'adolescente prétextera des troubles du cycle, de la dysménorrhée, de l'acné… Sa demande doit être entendue.

Le praticien peut également minimiser le besoin contraceptif, notamment, chez la patiente de plus de 40 ans, et parfois craindre de nuire à la patiente qui présente des facteurs de risques cardiovasculaires (patiente âgée ou obèse) (1, 2).

(1) Chef de Clinique, (2) Chargée de cours,Département de Médecine générale, Université de Liège, (3) Candidat Spécialiste, (4) Professeur Ordinaire, Université de Liège, Centre Hospitalier Universitaire, Département de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle, Liège.

Notre arsenal thérapeutique en matière de contraception est large et permet de répondre à chaque cas particulier.

L'information insuffisante, voire absente, sur la bonne utilisation de la contraception prescrite représente également une forme d'inertie thérapeutique. Il en est de même pour les contraceptions de rattrapage : l'existence de contraceptions post-coïtales (pilule ou dispositif intra-utérin) devrait être exposée dès la première consultation de demande contraceptive ainsi que leur mode d'obtention et d'emploi (3). La possibilité d'obtenir la contraception hormonale post-coïtale sans prescription médicale doit être connue de la patiente (levonorgestrel 1,5 mg : Norlevo® en 1 prise dans les 72 heures suivant le rapport non protégé). La possibilité d'utiliser une autre contraception hormonale post-coïtale dans un délai de 5 jours est également une donnée indispensable pour les patientes (ulipristal 30 mg en 1 prise : Ellaone®) (4, 5).

La première consultation de demande contraceptive doit permettre, après une anamnèse personnelle détaillée (qui peut s'avérer peu informative chez la jeune fille) et familiale (sur 2 générations), de proposer une contraception appropriée respectant les contre-indications et, dans la mesure du possible, les préférences de la patiente. Le mode d'emploi de la contraception choisie doit être expliqué ainsi que l'attitude à adopter en cas de mauvaise utilisation (retard de prise, oubli, évènement digestif en cas de contraception hormonale orale).

L'inertie thérapeutique peut découler d'un manque d'adaptation de la contraception. L'adhésion à une méthode doit être évaluée rapidement après l'instauration de celle-ci. Si cette méthode n'est pas optimale, d'autres, moins contraignantes ou mieux adaptées, seront proposées après

discussion avec la patiente. Si la prise d'une contraception orale n'est pas régulière, la prescription d' un patch, d'un anneau vaginal, d'un implant, voire d'un dispositif intra-utérin doit être envisagée (6, 7). La diminution de l'efficacité de la contraception hormonale orale lors de la prise de certains antibiotiques, antimycotiques, antiviraux et antiépileptiques (inducteurs enzymatiques) est également une notion importante à communiquer aux patientes concernées dont la contraception devra être adaptée. L'adhésion à une méthode contraceptive peut découler de son prix, le praticien sera attentif à l'aspect économique de la contraception prescrite (8-10).

L'inertie peut également s'exprimer dans le manque d'évaluation de la tolérance à la contraception. Trois mois après l'instauration d'un estroprogestatif, la surveillance du poids, de la pression artérielle, du taux de cholestérol et de triglycérides peut conduire à un changement de méthode. Si une hypertension, une prise pondérale exagérée (au dessus de 3 kg), une dyslipidémie ou une exacerbation de migraines survient sous estroprogestatifs (oraux, patch ou anneau vaginal), un changement de méthode devra alors être prescrit (11).

Si les effets secondaires et les erreurs d'utilisation sont une cause fréquente d'échec contraceptif, d'autres obstacles, propres à la patiente ou au couple, sont parfois plus difficiles à cerner (12). Il peut s'agir d'interdits extérieurs (parents, religion), de crainte irraisonnée d'effets secondaires (infertilité, cancers, prise de poids, etc.), de croyances erronées sur les risques réels de grossesse, de résistances psychologiques diverses (réticence à avaler un médicament, crainte d'un corps étranger, engouement pour les méthodes «naturelles») voire d'une réelle ambivalence quant au désir de grossesse. Il est important de questionner ces aspects lorsqu'on évalue la tolérance à la contraception, ou lorsqu'on questionne son échec (13). Hormis les contrindications médicales, la meilleure contraception sera celle qui sera la mieux comprise et la mieux acceptée par la patiente (14).

L'obésité peut représenter un facteur contribuant à l'inertie de prescription contraceptive par peur d'effets secondaires. L'obèse présente des facteurs de risques accrus cardiovasculaires, et, notamment, de phlébite profonde et d'embolie pulmonaire. La contraception estroprogestative (sous forme de pilule, de patch ou d'anneau) n'est pas souhaitable chez ces patientes afin d'éviter l'augmentation de risque thrombotique. Les progestatifs utilisés seuls peuvent être proposés, car ils n'exposent pas à une réelle augmentation de risque thrombotique (15). Les macro-progestatifs (progestatifs antigonadotropes utilisés trois semaines sur quatre) peuvent être utiles. Néanmoins, ceux-ci ne bénéficient pas d'une reconnaissance officielle dans l'indication contraceptive.

La métabolisation des stéroïdes exogènes peut être affectée par le surpoids. En cas de contraception par microprogestatifs (prise continue 28 jours sur 28), il est recommandé chez l'obèse d'augmenter la fréquence de la prise à deux comprimés par jour à 12 heures d'intervalle (16, 17). Les dispositifs intra-utérins constituent également une excellente méthode contraceptive dans le contexte de l'obésité. Le dispositif au lévonorgestrel (Mirena®) présente, en outre, l'avantage de réduire les saignements fonctionnels et le risque de pathologie endométriale chez ces patientes exposées régulièrement à un climat hyperestrogénique endogène (18).

Le cas de l'adolescente est particulier. Lors d'une enquête menée à Liège en 2007 auprès de 141 adolescentes de moins de 20 ans en demande d'IVG, 50 % seulement avaient utilisé la pilule lors des 3 mois précédents et parmi elles, 46 % l'utilisaient de manière incorrecte et 46% l'avaient abandonnée, le plus souvent en raison d'un arrêt de la relation, mais aussi par peur d'effets secondaires non fondés, «sans raison» ou à cause du coût (19). A cet égard, les patientes de moins de 21 ans doivent savoir qu'une majorité de pilules leur sont entièrement remboursées, ces pilules «gratuites» n'étant pas de moindre qualité que les pilules les plus chères (20-22). D'autres études confirment le caractère complexe du suivi contraceptif de l'adolescente (23, 24).

Il ne faut jamais perdre de vue que, particulièrement chez l'adolescente, les avantages d'une contraception orale sont largement supérieurs aux risques (14)

La contraception chez la patiente de plus de 40 ans ne peut également être négligée. Le besoin de contraception peut être sous évalué en raison du concept de la réduction progressive de la fertilité avec l'âge. D'autre part, la contraception estroprogestative est souvent suspendue en raison d'effets secondaires ou de facteurs de risque (qui peut être l'âge en lui-même et ses répercussions sur le risque thrombotique).

Si les estroprogestatifs sont à éviter en présence d'hypertension artérielle, de migraines accompagnées, de dyslipidémie, de tabagisme, d'autres solutions contraceptives s'offrent à la patiente dans la quarantaine comme les progestatifs seuls qui ne majorent ni la pression artérielle ,ni le risque thrombotique, ni les dyslipidémies

(pour les progestatifs non androgéniques) (25, 26). Le dispositif intra-utérin au levonorgestrel constitue un excellent choix contraceptif dans la quarantaine, permettant d'assurer à la fois la contraception et de traiter certains troubles du cycle, notamment les ménorragies (26-28). Seules, les patientes sans aucun facteur de risque et régulièrement contrôlées au niveau clinique (examen gynécologique, prise pondérale, mesure de la pression artérielle) et métabolique peuvent poursuivre une contraception estroprogestative faiblement dosée jusqu'à la ménopause.

Néanmoins, d'autres solutions plus prudentes existent. Si l'accident vasculaire cérébral et l'infarctus du myocarde sont des évènements rares, ils peuvent s'accompagner de conséquences dramatiques invalidant définitivement la patiente (29-31).

L'inertie thérapeutique en matière de contraception conduit inévitablement à la grossesse non désirée et aux interruptions de grossesse dans au moins un tiers des cas. Chez l'adolescente, cette proportion est encore plus importante, la grossesse représentant une catastrophe sociale, mais également un danger médical (risque accru de retard de croissance intra-utérin et de dystocie) (31, 32) alors que l'IVG réalisée en Belgique en Centre extra-hospitalier ou à l'hôpital est devenu un acte médical grevé de peu de complications.

Selon le dernier rapport de la Commission nationale d'évaluation sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG), pour 42 % des IVG déclarées en Belgique en 2006-2007, il n'y avait aucune contraception lors du dernier mois et pour 34 % une utilisation incorrecte du moyen contraceptif (34).

Conclusion

L'inertie médicale dans le domaine de la prescription contraceptive ou de l'adaptation de la contraception peut avoir des conséquences dramatiques médicales ou sociales. L' L'écoute du médecin et l'éducation des patientes face à leur contraception est essentielle pour une efficacité optimale. L'information concernant les méthodes de rattrapage est une nécessité. Les examens médicaux de la patiente sous contraception doivent être suffisamment réguliers afin de détecter des changements dans la santé de la patiente qui nécessite une adaptation de la contraception. Nous disposons en Belgique de moyens contraceptifs variés, sûrs, efficaces.En termes de Santé publique, le problème principal dans ce domaine reste la prévalence insuffisante de la couverture contraceptive. Les négligences à chaque étape de la prise en charge de la contraception peuvent être lourdes de conséquences.

Bibliographie

1. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives : results of international multicentre case-control study. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1995, ***346***, 1575-1582.
2. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives : results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1997, **349**, 1202-1209.
3. Johnson R, Nshom M, Nye AM, Cohall AT.— There's always Plan B : adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception*, 2010, **81**, 128-132.
4. Fine P, Mathe H, Ginde S, et al.— Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol*, 2010, **115**, 257-263.
5. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, et al.— Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception : a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*, 2010, **375**, 555-562.
6. Frye CA.— An overview of oral contraceptives : mechanism of action and clinical use. *Neurology*, 2006, **66**, S29- S36.
7. Jones ND.— Contraception for women. First consultation for the pill. *BMJ*, 2009, **339**, b4061.
8. Homco JB, Peipert JF, Secura GM, et al.— Reasons for ineffective pre-pregnancy contraception use in patients seeking abortion services. *Contraception*, 2009, **80**, 569-574.
9. Crosignani PG, Nappi C, Ronsini S, et al.— Satisfaction and compliance in hormonal contraception : the result of a multicentre clinical study on women's experience with the ethinylestradiol/norelgestromin contraceptive patch in Italy. *BMC Womens Health*, 2009, **9**, 18.
10. Mavranezouli I.— Health economics of contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2009, ***23***, 187-198.
11. Mueck A, Neulen J, Thaler C, et al.— Contraception in women with special problems. *Ther Umsch*, 2009, **66**, 117-128.
12. Roynet D.— La contraception en 2006. La bonne méthode : celle que la patiente a en tête. *Rev Med Brux*, 2006, **27**, 519-523.
13. Swennen B.— L'interruption volontaire de grossesse: situation légale et épidémiologique. Bruxelles. *Les cahiers du GERM II*, 1993, **225**, 13-18
14. Montesi E.— Docteur, je voudrais prendre la pilule. *La revue de la Médecine générale*, 2005, 124-127.
15. Rott H, Kruempel A, Kappert G, et al.— Contraception and thrombophilia. *Hamostaseologie*, 2009, **29**, 193-196.
16. Edelman AB, Carlson NE, Cherala G, et al.— Impact of obesity on oral contraceptive pharmacokinetics and hypothalamic-pituitary-ovarian activity. *Contraception*, 2009, **80**, 119-127.

17. Trussell J, Schwarz EB, Guthrie K.— Obesity and oral contraceptive pill failure. *Contraception*, 2009, **79**, 334-338.

18. Intrauterine devices : an effective alternative to oral hormonal contraception. *Prescrire Int*, 2009, **18**, 125-130.

19. Neerdal C.— L'information de la jeune fille lors d'une première prescription de contraceptif par le médecin généraliste en région liégeoise, Travail de fin d'études pour le master complémentaire de Médecine générale, Université de Liège, septembre 2009.

20. Prescrire Rédaction. éthinylestradiol 15 µg + gestodène 60 µg : une combinaison contraceptive moins dosée sans avantage démontré. *La Revue Prescrire*, 2001, **21**, 176-178.

21. Prescrire Rédaction éthinylestradiol 30 µg + drospérinone : une contraception orale avec un progestatif trop peu évalué. *La Revue Prescrire*, 2002, **22**, 410-413.

22. Prescrire Rédaction éthinylestradiol + gestodène : préférer les progestatifs plus anciens. *La Revue Prescrire*, 2006, **26**, 585.

23. Moreau N, Swennen B, Roynet D.— Etude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue : éléments pour une meilleure prévention ? Bruxelles. *Gacehpa*, 2006.

24. Beghin D, Cueppens C, Lucet C, et al.— Adolescentes: sexualité et santé de la reproduction. Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles. Bruxelles. 2006.

25. Harris M. Kaneshiro B.— An evidence-based approach to hormonal contraception and headaches. *Contraception*, 2009, **80**, 417-421.

26. Stephenson V.— Migraine and risk of stroke. For contraception try IUDs. *BMJ*, 2009, **339**, b4841.

27. Chi IC.— An evaluation of the levonorgestrel-releasing IUD : its advantages and disadvantages when compared to the copper-releasing IUDs. *Contraception*, 1991, **44**, 573-588.

28. Tang GW, Lo SS.— Levonorgestrel intrauterine device in the treatment of menorrhagia in Chinese women : efficacy versus acceptability. *Contraception*, 1995, **51**, 231-235.

29. Curtis KM, Chrisman CE, Peterson HB.— Contraception for women in selected circumstances. *Obstet Gynecol*, 2002, **99**, 1100-1112.

30. Nessa A, Latif SA, Siddiqui NI.— Risk of cardiovascular diseases with oral contraceptives. *Mymensingh Med J*, 2006, **15**, 220-224.

31. Wong MT, Singh K.— The combined oral contraceptive pill in women over age forty. *Ann Acad Med Singapore*, 2003, **32**, 624-631.

32. Leushuis E, Tromp M, Ravelli AC, et al.— Indicators for intervention during the expulsive second-stage arrest of labour. *BJOG*, 2009, **116**, 1773-1781.

33. Metello J, Torgal M, Viana R, et al.— Teenage pregnancy outcome. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2008, **30**, 620-625.

34. Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990), rapport à l'attention du parlement, 1 janvier 2006-31 décembre 2007, Bruxelles. décembre 2008.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr J.M. Foidart, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle, 4000 Liège, Belgique.